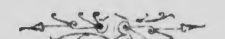
# CHORIO-EPITHELIOMA

Par le Dr. M. J. AHERN, M. D.

Membre de la Société Internationale de Chirurgie.



QUEBEC

1906



# CHORIO-EPITHELIOMA *

Par Dr M. J. Ahern, M. D., membre de la Soc. Internationale de Chirurgie.

---

Depuis trois ans j'ai eu l'occasion de voir les cas suivants :

Mme J. L...... , de Campbellton, N. B., âgée de 44 ans et depuis 20 ans la femme d'un employé inférieur de chemin de fer, entre à l'Hôtel-Dieu de Québec le 14 février 1903.

Elle est envoyée par le Dr. Pinault avec le diagnostic de cancer utérin ou déciduôme malin.

C'est une petite femme excessivement pâle et très faible.

La menstruation a débuté à 15 ans, revenait régulièrement tous les 28 jours, pendant deux à trois jours, accompagnée le premier jour d'un peu de dysménorrhée qui disparut après son mariage contracté à 17 ans.

Elle eut 12 grossesses dont 8 se terminèrent normalement à terme par des enfants vivants. Elle eut son premier à 18 ans et son dernier enfant à terme à 36 ans.

Ses accouchements ont été faciles et les suites de couches sans incidents pathologiques. A ses 4e et 6e grossesses elle avorta à 2 mois et 2 mois et demi.

En 1896, quand son dernier enfant avait 18 mois et qu'elle était au 8e mois de sa 11e grossesse, elle accoucha de ce que son médecin appela une môle, après quoi survinrent, à des périodes

---

* Travail lu aux Trois-Rivières, au 3e congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

irrégulières, des métrorrhagies graves qui la gardèrent au lit pendant trois mois. De 1896 à 1902 elle fut bien réglée et eut bonne santé. En novembre 1902 elle se croyait enceinte n'ayant pas eu de règles en septembre ni octobre et éprouvant les malaises ordinaires de la grossesse chez elle tels que : nausées, vomissements le matin, goûts bizarres, augmentation de volume du ventre et des seins. En novembre quand l'utérus avait acquis le volume d'une grossesse à 4 mois, il survint un écoulement vaginal sanguin, sans douleur qui persista jusqu'au 7 décembre, quand une môle hydatiforme fut expulsée. Les lochies sanguines arrêtent le 17 décembre et la malade se lève le lendemain. Le 19 décembre elle commence à perdre de nouveau et se remet au lit. Mais ni le repos ni les injections vaginales chaudes, ni les autres moyens employés dans des cas semblables ont le moindre effet sur ces hémorrhagies qui continuent toujours. Seule l'adrénaline en application semble avoir un peu d'effet.

29 décembre. Pertes considérables avec syncopes. Le tamponnement vaginal, l'injection de strychnine et de sérum artificiel remontent un peu la malade.

30 décembre. Essai de curettage qui fut abandonné à cause de l'abondance de l'hémorrhagie et l'utérus fut tamponné. La curette avait ramené une quantité considérable de tissu ressemblant à celui de la môle expulsée.

Du 1er janvier au 7 février 1903 à part un petit écoulement rougeâtre, de temps à autre, la malade était assez bien mais très faible. Elle se lève dans les derniers jours de janvier.

Le 7 février 1903. Nouvelles hémorrhagies utérines, subites et considérables, nécessitant le tamponnement de l'utérus pour permettre à la malade de se rendre à l'hôpital où elle arrive le 14 février.

Examen vaginal ; l'os est entr'ouvert permettant l'intro-

duction du doigt qui sent sur la paroi postérieure de l'utérus et près du fond une saillie grosse comme le bout de l'index, résistante, lisse, au-dessous de la muqueuse ; à gauche de cette saillie une autre plus volumineuse, irrégulière, ulcérée et rugueuse à la surface, et dans laquelle le doigt s'enfonce assez profondément pour faire craindre de perforer l'utérus qui est légèrement augmenté de volume et mobile.

Tous les organes fonctionnent bien ; les antécédents personnels sont nuls et les antécédents héréditaires sont bons.

*Diag.* : Chorio-épithélioma.

14 février 1903. Anesthésie avec mélange d'éther, deux parties et chloroforme une partie, administré au moyen de l'appareil de Clover sans le sac.

Enlèvement complet de l'utérus et des annexes. La malade guérit parfaitement et est encore en bonne santé.

A l'examen de l'utérus enlevé on voit sur la paroi postérieure, près du fond, une petite saillie arrondie et lisse ; à droite de celle-ci une autre plus petite, puis à gauche une dépression remplie par ce qui semble être un caillot sanguin dans lequel le doigt s'enfonce facilement dans l'étendue d'à peu près un tiers de pouce. Les bords de cette ouverture sont déchiquetés. Les masses qui causaient les saillies mentionnées avaient l'air de caillots quand sectionnées. Dans les annexes il n'y avait rien de remarquable.

L'examen microscopique des petites masses qui envahissaient le corps de l'utérus a démontré qu'elles étaient composées de cellules de Langhans et de syncitium.

## Deuxième cas

C'est grâce à l'obligeance de mon savant collègue, M. le Prof. Marois que je puis vous rapporter ce cas.

Mme L. F......, de St. Nérée, se présente à l'Hôtel-Dieu

dans le service du Dr Marois, en juillet 1903, pour des métrorrhagies et des douleurs dans l'hypogastre.

Agée de 30 ans, mariée, elle eut 5 grossesses dont 2 avec application de forceps ; un enfant mort né.

La menstruation a débuté à 12 ans, s'est effectuée seulement 3 fois la 1ère année, ensuite régulièrement, tous les mois, pendant 2 à 3 jours, en abondance avec un peu de dysménorrhée le premier jour.

Dans le mois de juin 1903 elle fit une fausse couche après un arrêt de 4 mois ; elle se leva le troisième jour mais continua à perdre jusqu'à son arrivée à l'hôpital. Depuis plusieurs mois elle avait des douleurs dans le bas ventre.

Elle est maigre, faible, avec une teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Elle tousse et crache du sang depuis quelque temps. Son appétit est assez bon ainsi que sa digestion. Il y a un écoulement vaginal rougeâtre, et mal odorant ; l'utérus est augmenté de volume, sensible et peu mobile. Sur la paroi postérieure du vagin il y a 3 saillies, lisses, bleuâtres ou plutôt noirâtres qui ressemblent beaucoup à des hémorrhoïdes et qui soulèvent la muqueuse vaginale.

Un curettage fut essayé mais il a fallu, vu l'abondance de l'hémorrhagie, l'abandonner et appliquer un tampon intra utérin. La malade quitta l'hôpital et mourut 10 jours plus tard.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Diagnost. : Chorio-épithélioma avec métastases dans le vagin, le foie et le poumon.

### TROISIÈME CAS

Mme B. B......, Québec, âgée de 19 ans. Femme d'un journalier, entre à l'hôpital le 7 mai 1905.

Mariée en 1903, bien réglée (menstruation à 13 ans).

En mars 1904, accouchement prématuré de jumeaux à 7 mois.

Février 1905, accouchement prématuré à 5 mois. Grossesse double ; expulsion d'abord d'une môle hydatiforme, ensuite d'un foetus intact avec ses membranes. Hémorrhagie post partum.

Elle resta au lit 20 jours.

En mars, prit le lit de nouveau pour des pertes abondantes et presque continuelles qui durèrent pendant 3 semaines.

Le 17 avril, après de nouvelles et abondantes hémorragies on fit un curettage, mais l'écoulement sanguin fut tel qu'on a dû tamponner l'utérus.

Il a fallu répéter ce tamponnement tous les jours jusqu'à l'arrivée de la malade à l'hôpital le 7 mai 1905.

C'est une petite femme maigre, très pâle, les lèvres et les gencives blanches. Elle tousse et crache du sang. Elle a toujours eu bonne santé jusqu'à son premier accouchement en mars 1904. Son appétit est diminué mais elle digère assez bien. Ses antécédents héréditaires sont bons.

A l'examen vaginal il y a écoulement de sang, l'os est entr'ouvert, admet le doigt qui sent 2 saillies dont le sommet présente une dépression dans laquelle le doigt s'enfonce jusque dans l'épaisseur de la paroi utérine. L'utérus un peu augmenté de volume, est mobile et pas sensible à la pression.

8 mai. Anesthésie par le mélange d'éther et de chloroforme. Hystérectomie abdominale totale avec enlèvement des annexes qui ne présentaient rien de particulier.

La tumeur avait la même apparence que celle du premier cas, et la composition histologique était la même.

Ces cas sont des exemples d'une affection très maligne de l'utérus sur laquelle Sanger a attiré l'attention en 1888 par un travail lu devant la Soc. Gynéc. de Leipsic, à propos d'une tumeur utérine survenue après un avortement à 8 semaines. On

avait déjà décrit des cas semblables sous le nom de cancer utérin mais Sänger le premier signala le rôle de la grossesse dans la production de ces tumeurs et croyant qu'elles se développaient au dépens de la caduque ou décidua (tissu maternel) il leur donna le nom de Déciduôme malin. (1)

Les idées sur l'origine du déciduôme ont changé depuis, et aujourd'hui pour la grande majorité des autorités il est prouvé que c'est au dépens des tissus du foetus que se développe la tumeur, maintenant connue sous le nom de Chorio-Epithélioma que lui donna Marchand, dont voici la définition : "C'est une tumeur qui origine au point d'insertion du placenta, qui se développe au dépens du syncitium (cell-plasmodiales) et des cellules de la couche de Langhans, (qui forment avec le syncitium le revêtement épithélial des villosités choriales), qui se compose de masses protoplasmiques, ne contenant ni tissu connectif ni vaisseaux sanguins mais des parties nécrosées. (2)

Ces tumeurs sont le résultat de la prolifération maligne des deux couches épithéliales des villosités choriales. (3)

Très à bonne heure dans le développement de l'oeuf humain il se produit à sa surface extérieure une couche épaisse de cellules : le *trophoblaste* qui a pour fonction de détruire cette partie de la caduque avel laquelle il vient en contact ; ainsi se produit une cavité dans laquelle l'oeuf s'enfonce. Alors il y a prolifération du trophoblaste qui pénètre la caduque dans toutes les directions (4), ouvre les vaisseaux saanguins et vient au contact du sang maternel. Le mésoblaste se développe et se prolonge en bas dans la masse protoplasmique (vers la fin de la première

---

1 { Pierce, Americ. Jour. of obstet. vol. 45 p. 330.
{ Bland, Jour A. M. Méd. Assoc. vol. 44 p. 1829.

2 Pieerce.—Am. Jour. Obst. vol. 45 p. 327.

3 Bland.—Jour. Am. Méd. Ass. vol. 44. 1829.

4 { Pierce.—Am. Jour. Obst. vol. 45, p. 330.
{ Minot.— do vol. 50, p. 401.

semaine), se recouvre des deux couches épithéliales, c'est-à-dire cellules de Langhans et syncitium., et forme les villosités choriales. (1)

A l'état normal cette prolifération des cellules épithéliales des villosités est arrêtée par un mécanisme qui n'est pas encore connu. Berry Hart pense que le pouvoir destructeur de l'épithélium chorial est aboli par la sécrétion du corps thyroïde et quand celle-ci manque la prolifération se continue. (2) Veit et Scholted pensent que c'est la production d'anti-corps ou anti-cell, dans le sang maternel qui abolit ou neutralise ce pouvoir envahissant des formations choriales. Ils ont donné le nom de syncitolysin à ce corps. (3)

Dans le cas contraire la prolifération continue, les villosités pénètrent la paroi utérine en détruisant tous les tissus, ouvrent les vaisseaux et se développent à leur intérieur ; des parties détachées de ces villosités, entraînées par le courant sanguin vont se loger dans d'autres organes, y former des métastases, le plus souvent dans le poumon et le vagin, mais on en a rencontré dans tous les organes.

## ETIOLOGIE

Le chorio épithélioma est une affection comparativement rare. Depuis 1888 à peu près 300 cas ont été rapportés.

Se voit chez la femme, mais aussi peut se rencontrer chez l'homme dans certaines tumeurs d'origine foetale, les tératomes.

Chez la femme il se montre pendant ou après une grossesse, que celle-ci soit intra-utérine ou tubaire ; qu'elle se termine par un avortement, un accouchement prématuré ou à terme.

---

1 Pierce.—Am. Jour. Obstet.—vol. 45, p. 333.

2 Berry Hart.—Jour. Obst. & Gynec. Br. Empire. Nov. 1902.
Cité dans Am. Jour. Obst. vol. 47 p. 125.
Recasens.—Cité par Bland.—Jour. Méd. Ass. vol. 44, p. 1833

3 Cité par Bland.—Jour. Am. Méd. Ass. vol. 44, p. 1883

La môle hydatiforme a une influence indéniable sur la production du chorio-épithéliome. Ainsi dans la statistique de Lockhart (4), sur 262 cas où la variété de la grossesse a été mentionnée 36.78% étaient associés à des môles hydatiformes.

Deux des cas que je rapporte ont suivi des grossesses môlaires.

La fréquence des môles par rapport à la grossesse normale est de 1 sur 728 (Gebhard) et de 1 sur 2500 (Williamson) (2).

On a dit que les kystes de l'ovaire, au moins les kystes lutéiniques, favorisaient la production du chorio-épithélioma ; mais Santi a prouvé que chez les deux tiers des femmes on trouve des kystes du corps jaune. (3)

Age.—C'est surtout pendant la période de plus grande activité génitale de la femme qu'on rencontre ce néoplasme, c'est-à-dire, de 20 à 40 ans. D'après Lockhart (loc. cit.), sur 259 cas, 185 étaient entre 20 et 40 ans. L'âge moyen était de 32 ans. Mais on a vu des cas à55 ans, après la ménopause, et quelques uns même avant la puberté, mais c'est extrêmement rare.

L'affection peut se montrer pendant la grossesse (cas de Pick) (4) mais le plus souvent c'est après l'accouchement au bout d'un temps qui peut varier de quelques jours à 4, 6 et même 9 ans, mais généralement de quelques jours à 3 mois.

La tumeur se loge d'abord dans l'utérus, mais peut originer dans la trompe à la suite d'une grossesse tubaire ou dans le vagin dont il y a 9 cas de signalés. (5) Le premier, celui de Schmoel est le No. 70 du tableau de Ladinski.

---

4 Lockhart.—Mont. Méd. Jour. vol. 5, p. 633.

2 Kœnig.—Ann. de Gynéc. & d'Obst —Paris, 1905, p. 655.

3 Cité par de Bovis.—Sem. Méd. vol. 6, p. 65.

4 Ladinski – Am. Jour. of Obst. vol. 45, p. 496.—Le cas de Pick est le No. 71 dans le tableau de Ladinski qui est un résumé de l'histoire de tous les cas rapportés jusqu'au mois d'avril 1902.

5 Pierce.—Am Jour. Obst. vol. 45 p. 343.

## SYMPTOMES

Le premier symptôme est l'hémorrhagie, attribuée le plus souvent à la rétention de portions du placenta ou des membranes quand elle arrive peu après l'accouchement. Elle se produit d'une manière irrégulière, subitement par crises et en grande quantité à la fois et est suivie pendant quelque temps par un écoulement sanguinolent ou comme de l'eau sale ayant souvent une odeur repoussante. Ou bien il y a écoulement continu avec des exacerbations. Les moyens hémostatiques ordinairement employés dans ces cas restent sans effet. En dernier ressort les malades sont curettés mais l'hémorrhagie est tellement abondante que la curette est abandonnée pour le tampon utérin. Quelquefois l'hémorrhagie cesse et la malade peut se lever et paraître assez bien pendant quelque temps au bout duquel les pertes recommencent. La malade s'anémie rapidement et profondément. Elle devient très blanche et maigre.

La douleur n'est pas un symptôme dominant, elle est généralement peu remarquée et manque quelquefois. Dans certains cas rares cependant elle peut être le symptôme initial et quelquefois l'unique symptôme pendant un temps.

Les métastases sont nombreuses et précoces et quelquefois donnent les premières indications de la maladie. Elles se font par les vaisseaux et possiblement quelquefois par les lymphatiques. On en rencontre dans presque tous les organes, mais plus fréquemment dans le poumon et le vagin. Elles produisent des symptômes spéciaux suivant l'organe qui est affecté.

Ainsi il y a dans la plupart des cas toux et crachements de sang par métastase dans le poumon.

Enfin, quand il y a absorption de produits septiques il y a des frissons et de la fièvre et la malade prend un teint cachectique.

EXAMEN.—On peut trouver dans le vagin des tumeurs métastatiques, sous forme de saillies plus ou moins volumineuses à surface lisse, bleuâtres ressemblant beaucoup à des varices ou à des hémorrhoïdes. L'utérus est augmenté de volume, lisse ou bosselé, ayant sa consistance ordinaire, ou étant ramolli ou présentant des endroits où la consistance est normale à côté d'autres où elle est diminuée.

L'utérus n'est pas douloureux au toucher.

Le col est généralement entr'ouvert et souvent permet l'introduction du doigt qui sent, généralement sur la surface postérieure de la cavité utérine et près du fond une ou plusieurs saillies arrondies, lisses ou élastiques, ou des masses friables à travers lesquelles le doigt s'enfonce loin jusque dans le tissu utérin. Cet examen est accompagné généralement de pertes sanguines considérables.

## DIAGNOSTIC

Quand après un accouchement ou un avortement il y a des hémorrhagies répétées et considérables, rebelles aux moyens hémostatiques ordinaires et surtout si elles suivent une grossesse molaire, il faut soupçonner un chorio-épithélioma.

Ces symptômes peuvent être produits par une rétention placentaire, par un cancer ou un fibrôme sous muqueux.

Par l'examen digital de la cavité utérine le doigt reconnait le placenta car l'ongle peut être insinué entre ce dernier et la muqueuse utérine et peut les séparer.

Dans le chorio-épithélioma les nodules sont lisses et recouverts par la muqueuse ; quand ils sont ulcérés on sent une masse molasse, friable, qui saigne avec une abondance et une facilité extraordinaires, et dans laquelle le doigt s'enfonce aisément.

La présence de métastases dans le vagin, le poumon ou ailleurs confirme le diagnostic.

Des parcelles de la tumeur enlevées avec la curette ou le doigt et examinées au microscope montrent les cellules caractéristiques de l'épithélium des villosités choriales.

Dans le cancer il y a l'histoire clinique de la maladie, l'âge est plus avancé, il n'y a pas de rapport avec la grossesse ; à l'examen il y a une masse à base indurée, tout à fait le contraire de ce qu'on rencontre dans le chorio-épithélioma. L'examen microscopique de la tumeur permettra de la reconnaître.

Un fibrôme sous muqueux est dur et ne ressemble nullement à la masse molle qu'est le chorio-épithélioma.

### PRONOSTIC

Le pronostic est excessivement grave. La mortalité est de 60 à 70 pour cent. La mort est due à des métastases, à l'hémorrhagie, à l'épuisement ou à l'infection. Elle arrive en moins de 6 mois le plus souvent. (1)

Il faut tenir sous observation les malades qui ont eu des grossesses molaires.

On a dit que la môle est moins dangereuse jeune que vieille ; moins dangereuse aussi quand elle est expulsée spontanément que quand elle a été enlevée par la curette ou avec les doigts.

### TRAITEMENT

L'ablation totale de l'utérus, faite à temps, guérit généralement la maladie.

---

Lockhart.--Mont. Méd. Jour. Vol. 9. p. 640 donne un résumé des cas rapportés depuis 1900.

Frank.—N. Y., Méd. Jour. Vol. 88, p. 864 donne un résumé des cas observés en Amérique.

1 Frank.—N. Y. Méd. Jour. 21 avril 1906, p. 795.

La présence de métastases n'est pas une contre indication à l'hystérectomie, car une fois le foyer initial parti les dépots secondaires disparaissent le plus souvent.

Dans quelques cas on a vu l'enlèvement partiel de la tumeur être suivi de guérison ; quelques malades ont guéri sans aucune intervention ou après un simple curettage. Ces faits ne s'expliquent pas facilement.

Plusieurs auteurs admettent une variété bénigne de la maladie. Mais il est impossible par le microscope ou autrement de distinguer les cas bénins de ceux qui sont malins (2)



2 Marchand.—Cité dans Ann. de Gynéc. et d'Obstét. de Paris., 1905 p. 316.